

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

No 702

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Oswaldo Vaca DIEZ

Né le 2 Février 1907, à SANTA-CRUZ (Bolivie)

**Les Complications Chirurgicales
Intestinales de l'Amibiase**

(Rectum excepté)

Président : Monsieur P. MAUCLAIRE, professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Oswaldo Vaca DIEZ

Né le 2 Février 1907, à SANTA-CRUZ (Bolivie)

Les Complications Chirurgicales Intestinales de l'Amibiase

(Rectum excepté)

Président : Monsieur P. MAUCLAIRE, professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1934

I. — Professeurs

MM.

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....
Physiologie
Physique médicale.....
Chimie médicale.....
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....

ROUVIERE.
PROUST.
Leon BINET.
STROHL.
DESGREZ.
Robert DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
CLERC.
CHEVASSU.
ROUSSY.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
LOEPER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL.

Pathologie expérimentale et comparée.....
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....

LAVASTINE.
FIESSINGER.
Maur. VILLARET
ACHARD.
BEZANCON.
CARNOT.

Clinique médicale.....

Marcel LABBE.
LEREBoullet.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE.

Hygiène et clinique de la première enfance.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique des maladies infectieuses.....

CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.
TERRIEN.
MARION.
BRINDEAU.
COUVELAIRE.
JEANNIN.

Clinique chirurgicale.....

J.-L. FAURE.
OMBREDANNE.
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
SERGENT.
Léon BERNARD.
MATHIEU.

Clinique ophtalmologique.....
Clinique urologique.....

Clinique d'accouchements.....

HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
VERNE.

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....
Clinique thérapeutique médicale.....
Clinique oto-rhino-laryngologique.....
Clinique thérapeutique chirurgicale.....
Clinique propédeutique.....
Clinique de la Tuberculose.....
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....

Professeurs sans chaire.....

II. — Agrégés en exercice

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiatrie
BENARD Henri Pathologie médicale.
BERNARD Et... Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.
BROCC Pathologie chirurgicale.
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.

MM.

FÉY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART
D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
HAZARD Pharmacologie.



MM.

HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri...	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SEZARY	Dermatologie et syphili-
	graphie.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur).	Pathologie médicale.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT.....	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-	
LEMAIRE....	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	} Clinique médicale.	
AUBERTIN		
BRULÉ		
CHIRAY		
DUVOIR		
HARVIER	} Clinique chirurgicale	
LIAN		
BASSET		
CADENAT		
HEITZ-BOYER .		
MOCQUOT		
MOURE		
SCHWARTZ		

MM.

GUENIOT	} Clinique obstétricale.	
LE LORIER		
LEVY-SOLAL ..		
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES CHERS PARENTS

En témoignage d'affection.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAUCLAIRE
Membre de l'Académie de Médecine

A MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON CRISTIANI

Officier de la Légion d'honneur

Ancien Directeur de la Mission Sanitaire Française en Russie

Ancien Médecin-Chef de l'Hôpital Cocard, Fez

Médecin-Chef de Région, Fez (Maroc)

A MONSIEUR PIERRE GROUZELLE

Ancien Chef de Clinique Chirurgicale

à la Faculté de Médecine de Lille

Chirurgien de l'Hôpital Cocard de Fez (Maroc)

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. FLY-SAINTE-MARIE

Ancien Chef de Clinique

à la Faculté de Médecine de Bordeaux

Bactériologiste de l'Hôpital Cocard de Fez (Maroc)

A MONSIEUR LE DOCTEUR MONSOURI

Radiologiste de l'Hôpital Cocard de Fez (Maroc)

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Les complications chirurgicales intestinales de l'amibiase (rectum excepté)

Introduction

Les observations que nous avons l'honneur de publier dans ce travail nous ont été confiées par le Docteur CRISTIANI (1), médecin chef de l'Hôpital Cocard, à Fez (Maroc) formation indigène qui fait partie des organisations de la Section de Santé et Hygiène publique du Protectorat où nous avons eu à remplir les délicates fonctions d'interne pendant une période de plus d'un an, collaborateur de M. Pierre GROUZELLE qui, à l'époque, accomplissait les fonctions de chirurgien de l'hôpital.

C'est dans ce service que les coupes microscopiques ont été préparées par le distingué bactériologiste, le Docteur P. FLY-SAINTE-MARIE, ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux. Il en est de même pour les comptes rendus bactériologiques qui prennent dans cet exposé un intérêt capital dans cette thèse.

Les comptes rendus radiologiques sont de M. MONSOURI, qui dirige la dite section radiologique à l'hôpital.

Plan de cette thèse

I. — *Etude sommaire de l'amibiase intestinale.*

Au point de vue étiologique et anatomo-pathologique. Etude bibliographique (complications médico-chirurgicales), ainsi que les principales observations connues jusqu'ici, avec un court aperçu sur les observations inédites qui vont suivre.

II. — *Observations personnelles.*

Observation n° 1. — Occlusion chronique du grêle par abcès amibien donnant par la suite une occlusion totale avec syndrome péritonéal.

Observation n° 2. — Sigmoidite perforante d'origine amibienne.

Observation n° 3. — Invagination intestinale par suite d'une masse tumorale d'origine amibienne siégeant dans le côlon transverse.

Observation n° 4. — Invagination intestinale chez l'adulte diagnostiquée par la radiographie et d'origine vraisemblablement amibienne.

III. — *Critique des observations.*

IV. — *Commentaires généraux.*

V. — *Conclusions.*

Avant-propos

Dans cet exposé d'abréviations, que le hasard et la gentillesse de mes chefs me permettent de publier, je désirerais être précis en même temps que complet.

Je voudrais faire grâce à mon jury et à mes lecteurs de tous les détails que l'amibiase m'oblige à rappeler; ils sont cependant nécessaires à la documentation de ce modeste travail.

Les complications chirurgicales de l'amibiase dans l'intestin, comme par ailleurs: foie, rate, cerveau, etc., sont essentiellement des complications à longue échéance; c'est cette amibiase qu'on appelle fruste qui les provoque; ce sont des malades ayant presque complètement oublié leurs antécédents dysentériques, tellement ils sont lointains. Ce n'est que par l'éveil que tout clinicien doit avoir aux colonies sur certaines affections, que sera décelée une ancienne dysenterie même bénigne, laquelle guidera le praticien vers un diagnostic d'*amibiase chronique*. Il va de soi que dans ce cas le diagnostic doit être affirmé par plusieurs examens des selles fraîchement recueillies et un ou deux examens radiologiques dont l'intérêt sera démontré au cours de ce travail.

Malgré cela, comme nous le verrons par la suite, le diagnostic des complications graves de l'amibiase n'est

pas fait en général. Ce sont les signes objectifs et la gravité des symptômes qui amèneront le clinicien vers le traitement chirurgical. A ce moment-là seulement, dans la majorité des cas, on obtiendra la certitude qu'il s'agit d'une lésion amibienne, car la biopsie opératoire fera déceler par le laboratoire un nombre considérable d'amibes au fond des ulcérations (voir la description des coupes microscopiques).

Ce fut de cette manière que les événements se passèrent pour les trois premiers cas que nous avons l'honneur de rapporter.

Généralités sur l'amibiase

Le nom a fait fortune, car si autrefois on faisait la différence entre la dysenterie amibienne aiguë et l'amibiase chronique, aujourd'hui on sait qu'il est très difficile de dire à quel moment l'évolution se fait. Un mois de maladie, disent généralement les auteurs, et la chronicité serait accomplie !

Il est de toute évidence que dans les pays chauds un futur dysentérique présente déjà des amibes dans ses selles avant d'avoir fait sa première crise dysentérique. Cependant on s'accorde à admettre l'amibiase quand il y a pullulation dans l'intestin d'amibes ou de kystes amibiens consécutivement à une atteinte dysentérique incomplètement guérie.

ETIOLOGIE

C'est en général une ancienne dysenterie qui est en cause, revêtue ou non des caractères de haute gravité. Le malade l'a oubliée et il ne la dénonce pas le plus souvent dans ses antécédents pathologiques.

C'est l'entamoeba dysentérique qui est en cause. Il est classique que cet amibe présente deux formes évolutives différentes tant dans leur morphologie que leur

vitalité et leur pouvoir destructif (Travail de Schaudinn et Walker 1911).

a) *Entamoeba tétragène ou minuta*. — C'est un parasite habituel de l'intestin humain dans les régions tropicales, forme végétative qui deviendra par la suite kystique. On la trouve dans les selles des convalescents en plus ou moins grande abondance. On l'a rencontrée aussi chez les porteurs de kystes amibiens.

Elle est peu mobile, elle mesure de 15 à 25 μ de diamètre et on ne trouve jamais dans le cytoplasme des globules rouges. La reproduction se fait par simple division. C'est l'*entamoeba tétragène ou minuta* qui donne toujours les kystes amibiens. Ces amibes destinés à s'enkyster seraient, pour Le Dantec, des amibes de petite taille, dont le noyau devient le siège d'un processus mitotique s'accomplissant sous la membrane nucléaire (dédoublément du centriol, fuseau achromatique, etc.). Les deux noyaux nés de cette première mitose, se divisent chacun à leur tour, d'où la présence de quatre noyaux si la seconde mitose s'est faite synchroniquement. Les kystes murs sont alors expulsés en même temps que les matières fécales.

b) *Entamoeba hystolitica*. — C'est la forme transitoire de l'*entamoeba dysentericæ*, c'est la forme mobile du protozoaire, la forme active, dirons-nous, car sa présence ne laisse pas de doute et elle déterminera une lésion intestinale.

Sa longueur est de 25 à 30 μ , ses mouvements sont très apparents quand elle développe ses pseudopodes. Dans son cytoplasme on peut observer, en

dehors du noyau et des globules rouges, des débris cellulaires.

Inutile de rappeler toutes les expériences d'inoculation de ces amibes parasites de l'homme sur les animaux et sur l'homme sain lui-même.

Des études ont été faites chez le chat par DOPTER, JURGENS et BRUMPT qui ont trouvé les modes de pénétration des amibes dans la musculature intestinale. Il en est de même pour les expériences de DRBOHLAV chez les chats anesthésiés.

Chez le cobaye par injection rectale des mucosités dysentériques. CHATOU obtint les mêmes résultats. MATHIS expérimenta chez les macaques du Tonkin. L'ingestion des kystes amibiens provoque aussi l'infection du chat mais dans un pourcentage assez faible (KUINCKE, ROSS, HUBERTGUI, etc.).

Des dysenteries amibiennes ont été observées chez le gorille (G. G. BUTLER, 1923), et chez les chimpanzés (SUDLEY, 1924).

En 1913, WALKER poursuivit ses recherches à Manille en collaboration avec SELLARDS. Les deux savants américains firent des essais de transmission de la dysenterie à des prisonniers Tagals. Ils ont obtenu des résultats positifs dans la proportion de 90 % des cas ; 10 % n'ayant pas réagi à l'injection de ces germes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Chez l'homme on a remarqué des ulcérations fréquentes sur certaines parties de l'intestin. Ainsi l'appendice et le cœcum dans la fosse iliaque droite seraient

les organes de préférence des localisations amibiennes. L's iliaque peut être infecté. Rarement on verrait quelques petites ulcérations siégeant dans le côlon ; *l'iléon ne serait jamais atteint*. Cela est bien curieux.

La lésion elle-même peut revêtir toutes les formes, depuis la simple érosion de la sous-muqueuse entre deux cellules de revêtement (DOPTER), jusqu'à la perforation venant s'ouvrir dans la cavité péritonéale, en passant naturellement par la classique ulcération de la sous-muqueuse, formant un abcès qui viendra s'ouvrir en pleine muqueuse par un petit orifice, ce qui a fait dire aux auteurs qu'il se forme une ulcération en bouton de chemise.

ETUDE CLINIQUE

Nous ne voulons pas allonger ce travail que nous faisons à dessein précis et court par les descriptions des différentes formes cliniques de la dysenterie ; nous traiterons uniquement les lésions plus ou moins profondes que l'amibiase donne dans l'intestin. Ce sont des lésions graves que la majorité des médecins méconnaissent souvent.

WOLEY et MUSGRAVE, aux îles Philippines, sur 100 autopsies pratiquées chez les dysentériques amibiens, ont trouvé 14 fois des ulcérations et 6 fois des amibes vivantes dans l'appendice. (Voir le *Traité de parasitologie* de Brumpt.) Les mêmes auteurs signalent deux cas de septicémie amibienne.

JULIENN signale 6 fois la perforation de l's iliaque et 2 fois celle du côlon.

Cependant nous croyons ne pas devoir passer sous silence les complications médico-chirurgicales de l'amibiase intestinale dont le polymorphisme est si grand que nous ne sommes pas certain de réussir à faire une classification exacte. A cet effet, nous publierons quelques types d'observations de E. SPEDER publiées dans le numéro du 15 août 1931 du *Maroc Médical*. De cet exposé de la question, je ne relèverai que celle concernant l'intestin, à l'exception du rectum et pour mémoire le « *type asthénique* » lequel n'est qu'un rappel de l'amibiase pure, type bien connu de nous tous. Nous décrirons sept types cliniques.

1° *Type asthénique*. — Un homme robuste d'apparence, jeune et dans la force de l'âge, vient nous trouver parce que, depuis plusieurs mois, son activité s'est ralentie ; il a de moins en moins le goût de l'effort. Le travail, qui était sa joie, lui cause de la lassitude et du dégoût. Il se fatigue rapidement, et il passerait volontiers des heures isolé, inoccupé et rêveur.

Il a souvent des vertiges, des tendances syncopales, des maux de tête, des malaises subits et une inappétence sexuelle qui l'inquiète. Dissimulant cet état aux siens il devient irritable, il croit à une déchéance précoce, aucun trouble n'ayant de fixité, aucun n'ayant une importance qui mérite de fixer l'attention. Il craint d'être atteint d'artério-sclérose ; il a fait prendre sa tension artérielle ; elle était basse. On lui a donné de la strychnine sans résultats, puis des médications contre la vago et la sympathicotonie, de l'adrénaline. Il n'y a pas de troubles digestifs : l'appétit très variable est

excellent pendant quelques jours, puis l'innapétence est sans cause. Les selles sont normales, dit-il. On demande des précisions : une ou deux selles le matin, en faisant sa toilette ; souvent une après chaque repas. Si l'on pousse l'interrogatoire, on apprend que les selles ne sont jamais moulées, qu'il y a parfois des fausses défécations : l'attention du malade n'ayant jamais été attirée par ses selles, il ne peut les décrire, ni spécifier s'il a eu des émissions de glaires.

L'examen radiologique est pratiqué : c'est la colite spasmodique. On donne de l'émétine, de l'arsenic. La guérison survient.

Je passe les autres observations de E. SPEDER concernant certaines *formes extra intestinales* qui ne sont pas du ressort de notre travail.

2) *Type pseudo-gastrique*. — Le malade était un gros mangeur il y a un ou deux ans. Maintenant il craint les invitations. De suite son estomac est encombré, ses digestions sont lentes ; il a des brûlures épigastriques une ou deux heures après chaque repas, des renvois acides, parfois des vomissements, non alimentaires il est vrai. Depuis quelque temps, il accuse un point douloureux fixe qui n'est calmé ni par les poudres saturantes ni par le régime. Le malade craint l'ulcère ou le cancer de l'estomac.

Il veut qu'un examen radiologique le renseigne de façon précise. Il est inutile de regarder l'intestin, il fonctionne très bien, dit-il ; depuis qu'il surveille son régime, les bols fécaux sont plus réduits ; c'est à son sens une preuve de l'excellence de l'assimilation.

L'examen radiologique poursuivi pendant trois jours ne décèle aucun signe d'ulcère ou d'infiltration de l'estomac ou du duodénum. Le siège de la douleur est un point sur le côlon transverse avec un point douloureux épigastrique, point douloureux soléaire lui aussi très accusé et la pression provoque un état nauséeux.

L'estomac est simplement hypertonique ; il se vide très rapidement. Du côté de l'intestin, on trouve une stase cœcale, un spasme très marqué du côlon ascendant, une contracture persistante du transverse, du spasme du côlon descendant à sa partie inférieure: bref, colite spasmodique. Pas d'amibes décelées. Traitement antiamibien : Guérison.

3) *Type pseudo-duodéal.* — Un jeune homme présente des signes d'ulcère duodéal. Douleurs tardives, point douloureux fixe sur les bords du droit antérieur; des palpitations avec une aérogastrie considérable. Parfois des vomissements tardifs. Atteinte de l'activité générale.

L'examen radiologique ne décèle pas de lésion du côté de la région pyloro-duodénale.

Aérocolie gauche considérable, aérocolie de l'angle droit, colite spasmodique de l'ascendant et de la moitié gauche du transverse.

Présence d'amibes au deuxième ou troisième examen. On donne de l'émétine, des arsenicaux : disparition des troubles digestifs.

4) *Type pseudo-appendiculaire.* — Une douleur localisée dans la fosse iliaque droite interrompt les jeux

de cet adolescent, ou bien elle crispe le visage de la jeune femme au cours d'une réunion mondaine.

Le médecin de famille examine le malade. Ses doigts sentent un boudin dans la fosse iliaque droite où il y a un point douloureux. On n'insiste pas : il s'agit sans doute d'une crise d'appendicite. Glace sur le ventre. La température est normale. Le lendemain la douleur est disparue ou elle est moins vive ; la crise est passée, dit-on ; cependant le médecin éveille encore une sensibilité assez vive en palpant la région appendiculaire.

Quelques jours après, même tableau ; la pression retrouve un point sensible plus haut placé, mais ce doit être par suite du déplacement du cœcum et de l'appendice, car chacun sait que le cœcum est très mobile.

Glace à nouveau ; morphine ; le calme survient le lendemain.

Le malade dit que depuis quelque temps, sa fosse iliaque droite est sensible, qu'il a des variations d'appétit, des pâleurs subites depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois. Cependant, lorsqu'on parle d'intervention, les parents ne veulent rien décider avant d'avoir pris leurs garanties. Que dirait la grand'mère ou la mère restées en France ? L'examen radiologique est demandé pour confirmer ou infirmer le diagnostic d'appendicite : le radiologiste trouve un cœcum un peu distendu, mais mobile, non sensible, ni à sa partie moyenne, ni au niveau de son pôle inférieur. Par contre, à 4 ou 5 travers de doigt plus haut, au 1/3 inférieur du côlon ascendant ou vers son tiers supérieur, on note un spasme localisé, déformant con-

sidérablement l'intestin et se reproduisant après avoir été effacé par la palpation.

Si le malade passe de la position verticale à la position horizontale, ou dans la position de Trendelenburg, ces déformations disparaissent, en grande partie ; lors de la palpation sous-écran, on trouve également de l'hyperesthésie gauche, un côlon descendant très spasmodique et presque plus douloureux que le côlon ascendant. Ces points douloureux du côlon descendant ne peuvent d'ailleurs être retrouvés que si l'on palpe le malade debout, car dans le décubitus, l'angle gauche remonté vers le diaphragme et toute une partie du descendant n'est plus accessible à la main.

Le radiologiste attire l'attention vers ces localisations des spasmes qui ne sont pas uniquement cœcaux et périappendiculaires et il faut songer à l'amibiase chronique.

L'examen microscopique est positif : le diagnostic d'amibiase est accepté. Le traitement anti-amibien a une action favorable.

D'autres fois, le laboratoire ne trouve pas d'amibes et cette constatation négative est opposée à l'hypothèse émise par le radiologiste. La famille insistant, le médecin traitant accepte cependant de faire un traitement par l'émétine et l'arsenic, et nous connaissons plusieurs cas où le malade guérit et depuis lors il n'a plus eu de crises.

Nous en connaissons d'autres aussi dans lesquels l'intervention chirurgicale n'a rien supprimé des troubles qu'avaient paru motiver l'opération et qui n'ont

disparu que par un traitement antiamibien. Dans d'autres cas enfin, les troubles n'ont été qu'atténués par l'émétine et une intervention a été justifiée par une localisation à l'appendice d'une lésion déjà ulcérée.

5) *Type pseudo-néoplasique.* — Un malade avait souffert d'une constipation intermittente, depuis des années et qui a motivé il y a 6 ans un petit traitement à Châtel-Guyon et à Vichy, prescrit par un des plus grands maîtres de la science médicale et uniquement parce que le radiologiste marocain avait attiré l'attention sur les constatations faisant penser à l'amibiase chronique. Ce grand personnage, âgé, présenta un jour des phénomènes de sub-occlusion intestinale qui cèdent d'abord à un traitement médical. Puis une occlusion typique s'installa. Consultation de médecins et de chirurgiens. On trouve dans l'hypocondre droit et dans la fosse iliaque droite une tumeur bosselée avec des zones mates et sonores (c'est un cancer de l'intestin, croit-on). Si les troubles d'occlusion ne cessent pas, il sera nécessaire de faire un anus artificiel qui précédera une cœco-sigmoïdectomie qui ne tente aucun chirurgien à cause du grand âge du malade, de son état, et de la nature diagnostiquée de l'obstacle.

Le malade et la famille hésitent aussi. Mais déjà on a désigné officieusement son successeur, car il occupe une fonction très importante.

Grâce au traitement médical de l'occlusion, une petite débâcle se produit ; le malade se croyant un peu mieux se fait transporter chez son radiologiste qui croit tout d'abord avoir devant lui un néoplasique ca-

chectique à qui, seule une force de volonté remarquable, a pu donner le courage de se déplacer. Les séances d'examen radiologique s'échelonnent sur 4 ou 5 jours. L'étude par lavement opaque d'abord, puis par la prise de sels opaques par voix buccale, montre qu'il n'existe pas de sténose organique ; pas de signes de cancer, mais une colite spasmodique extrêmement prononcée de la partie supérieure du côlon ascendant, avec distension du cœcum et du côlon ascendant par les gaz et les matières (10 jours après l'examen il subsistait encore de la gélobarine). D'autres points de rétrécissement spasmodique s'observent à la partie gauche du côlon transverse et à la partie supérieure du colon descendant. Ces constatations, renforcées par l'examen pratiqué 4 ou 5 ans plus tôt, amènent le radiologiste à insister auprès du médecin traitant pour que sous sa responsabilité propre, et malgré l'absence de toute donnée microscopique, soit institué un traitement sérieux par l'émétine et l'arsenic, le radiologiste affirmant qu'il n'y a pas de rétrécissement organique amibien ou néoplasique du côlon. Après 4 jours d'émétine, le malade allait mieux, une débâcle importante se produisait actuellement, sans autre accident nouveau. Le malade vit toujours, il a plus de 80 ans; depuis 4 ans il a retrouvé une activité tout à fait normale.

6) *Type de constipation chronique.* — Depuis des années ce malade est soigné pour de la constipation chronique rebelle. Au début, il avait, à intervalles éloignés, de courtes périodes de diarrhée, mais, depuis des

mois les matières sont dures, en scybales, graisseuses, et ne sont dit-il évacuées que grâce aux multiples médicaments dont les flacons garnissent trois étagères de son cabinet de toilette. On lui a trouvé de l'allongement et de la dilation gastrique et une ptose de l'intestin qui nécessitera peut-être, a-t-on dit, une intervention chirurgicale, telle qu'une colectomie. En attendant, le malade porte une ceinture avec pelote. N'ayant jamais de selles molles, on a écarté d'emblée, si l'on y a pensé l'idée d'ambiasse. Pourtant, l'examen radiologique ayant orienté le diagnostic vers l'ambiasse, des examens microscopiques ont été faits, l'un a été positif après les quatrième et sixième mois après l'examen radiologique. Le traitement émético-arsenical a eu un plein succès, les selles se régularisent, le malade perd son teint terreux ; bref c'est la guérison complète d'une infirmité remontant à 4 ou 5 ans.

7) *Type hémorragique* (intestinal et pulmonaire). — Un jeune confrère a depuis trois ans des hémorragies rectales qu'il attribua d'abord à des hémorroïdes. Au début, l'émission de sang a lieu après les selles. Ensuite il y a une émission de sang pur en dehors de toute défécation. Il s'anémie et malgré son énergie féroce, il a l'impression qu'il va faillir à la tâche qu'il s'est fixée et devra abandonner une carrière qui s'annonce brillante. Il essaye de se remonter avec une nourriture abondante, les hémorragies ne cessent pas. Il est de plus en plus asthénique.

Il se met à un régime strict. Rien n'est modifié, et pourtant ses selles sont normales, souvent moulées,

rarement molles. Entre temps apparaissent des hémoptysies importantes qui lui font craindre une tuberculose pulmonaire et, établissant un rapport entre ses hémoptysies et ses hémorragies rectales, il s' imagine avoir débuté par une tuberculose intestinale et faire ensuite de la bacilllose pulmonaire : n'a-t-il pas eu dans sa jeunesse une bronchite ? Ce qui le renforce dans cette idée, c'est qu'il a assez souvent un peu de fièvre et que son abdomen est devenu douloureux : sensation de barre et points aigus douloureux du côté droit du ventre. Il pense à un ulcère duodénal, d'autant plus qu'il a eu des crises dont une a durée quinze jours. Ayant d'abord dissimulé à ses amis et même à sa famille l'importance de la répétition de ses hémorragies, il accepte, sur l'instance d'un de ses confrères, de se laisser radiographier au point de vue pulmonaire et également au point de vue intestinal.

Du côté du poumon : on trouve des ombres un peu anormales diffuses, mouchetant le côté gauche du poumon, mais n'ayant aucun des caractères que l'on trouve d'ordinaire dans les cas de bacilllose.

Au point de vue du tube digestif : colite spasmodique, nette. Le radiologiste trouvant l'aspect qu'il a l'habitude d'observer dans des cas d'amibiase chronique avérée, conseille de faire faire un examen des selles, qui, répété fut toujours négatif. Le confrère hésite à se traiter par l'émétine, d'autant que sa tension artérielle est très basse et qu'il n'a présenté aucun signe d'amibiase intestinale, négligeant 2 ou 3 courtes crises d'entérite à Tadla, en 1918, c'est-à-dire il y a 7 ans. Enfin ne trouvant aucun soulagement après ces

différentes thérapeutiques, qu'il avait essayées, il se décide en dernier ressort à tenter un traitement émé-tino-arsenical : triomphe très rapide, les hémorragies pulmonaires cessent presque immédiatement et ne se reproduisent plus ; les hémorragies intestinales diminuent, puis elles disparaissent. Les douleurs abdominales ne se reproduisent plus, bref, notre malade est complètement changé.

Trois ou quatre mois plus tard, le malade ne s'étant soumis qu'à une seule période de traitement, des nouvelles hémorragies réapparaissent précédées d'un état d'asthénie et d'irritabilité qui, dans la suite, furent pour lui des signes prémonitoires certains d'une hémorragie ou d'une crise intestinale prochaine. Une nouvelle série d'injections détermine plus ou moins vite l'amélioration constatée lors de la première expérience. Depuis cinq ans, chaque fois que le confrère se sent un peu fatigué et qu'il voit apparaître un peu de sang dans ses selles, il se soumet à nouveau à une cure qui, *constamment* a eu pour effet de lui rendre son activité, de le mettre rapidement en état de mieux être, et, après quelques jours de fatigue, de relever sa pression; enfin, de faire disparaître pendant des semaines toutes les hémorragies. La foi de ce confrère en l'utilité de l'examen radiologique pour dépister l'amibiase chronique ne saurait être ébranlée par aucune opposition théorique.

Voici donc toute une série de types particuliers d'amibiase chronique — nous pourrions en multiplier les descriptions car naturellement des formes mixtes existent nombreuses — dans lesquelles rien dans le

tableau clinique ne tente à orienter le médecin vers le diagnostic d'amibiase chronique ; tout, au contraire, tend à l'en éloigner.

Toutes ces formes, en somme, sont des complications médico-chirurgicales, l'amibiase de l'intestin cède en général à la médication émétino-arsenicale dont nous avons constaté à maintes reprises le succès. Mais il y a d'autres complications plus graves : ces complications qui, malgré tous les traitements, même les mieux conduits, à l'émétine, à l'arsenic, à l'association, etc., continuent à évoluer. La cachexie ne fait qu'augmenter, les alternatives de constipation et de diarrhée sont un symptôme qui assombrit le pronostic du médecin qui craint les pires éventualités ; le malade ne s'alimente pas, il est la proie d'une somnolence caractéristique qui le gêne beaucoup dans son activité. Dans ce cas, on a pensé à l'amibiase, on a fait une série d'hémétine, rien n'y a fait. A l'examen, rien n'attire l'attention au point de vue des symptômes objectifs ; dans quelques cas on peut sentir la corde colique de Le Dantec, mais le plus souvent elle n'existe pas, car une chasse diarrhéique la fait disparaître. Le diagnostic est très hésitant, s'agit-il d'une cachexie palustre ? Ceci est d'autant vraisemblable que le sujet fait des crises paludéennes répétées. Dans d'autres cas on peut observer (Observation N° 1) une tumeur dans une des parties du côlon et ceci vient encore compliquer notre diagnostic d'amibiase. A ce moment, tous les diagnostics sont envisagés : syphilome, gomme tuberculeuse, voir même cancer, appendicite, etc. Loin de nous l'intention de méconnaître les heureux effets

de la thérapeutique, par l'émétine ou l'émétine combinée à l'arsenic dans l'amibiase et ses complications, traitement dont nous avons à maintes fois constaté les résultats surprenants, tant au point de vue curatif que préventif. Cependant, nous voulons simplement attirer l'attention sur quelques cas rares, il est vrai, dans lesquels une intervention chirurgicale seule peut éviter l'évolution fatale de la maladie, en même temps que rappeler un stade par trop oublié dans la marche de l'amibiase.

De même que le traitement par l'émétine ne peut enrayer certaines métastases hépatiques formées déjà et qui vont évoluer vers la mort par cachexie amibienne, il existe des entérites, des colites, des sigmoïdites amibiennes, qui, mal traitées ou non traitées, ou traitées par l'émétine et l'arsenic, évoluent vers la formation de tumeurs intestinales qui vont provoquer une occlusion ou une péritonite par perforation avec toute la mise en scène du grand drame abdominal.

Il serait illogique à ce moment de vouloir maîtriser le mal par des injections sous-cutanées d'émétine, voir même intra-veineuse d'émétine-arsenic, d'autant plus que, comme nous l'avons déjà dit, ce traitement ne nous a donné auparavant aucune amélioration. C'est dans ces cas rares que l'on doit intervenir d'urgence ; il ne faut pas temporiser sous peine de voir se former un sphacèle des viscères qui rendra toute chirurgie impossible. Nous insistons sur la bénignité relative de ces complications opérées en *temps utile* ; le pronostic ne sera sombre que si tout espoir de dérivation est perdu.

Observations personnelles

OBSERVATION I

(Hôpital de Fez. — Service du Docteur GROUZELLE.)

Occlusion chronique sur le grêle par abcès amibien.

Le Caïd B..., des Béni-Hassen, vient consulter, en 1929, pour des douleurs continuelles de la fosse iliaque droite. Il y a une baisse marquée de l'état général qui indique une atteinte profonde et ancienne de son organisme ; anémie, amaigrissement, teint terreux.

Il raconte que depuis trois ans il souffre de dysenterie, d'abord d'une façon aiguë, puis par intervalles. Depuis quelques mois, il présente, au contraire, une constipation opiniâtre.

A l'examen, ce chef indigène présente une masse indurée et douloureuse qui englobe toute la région iléo-cœcale. Les anses intestinales paraissent agglomérées autour de cette masse et on note par moments de la reptation intestinale sous la paroi. Il semble que le malade organise progressivement et lentement une occlusion intestinale.

Pour résoudre ce problème, on propose une intervention qui n'est pas acceptée. Le malade se met au régime lacté et il attend plusieurs mois avant de se décider. Enfin, asthénisé, réduit à l'état de squelette, il se décide à accepter l'intervention, qui est pratiquée le 10 juillet 1929.

Opération. — Anesthésie à l'éther. On fait une laparotomie latérale droite, au niveau de l'ombilic. Nous sommes conduits

sur une masse d'anses grêles agglomérées autour d'un noyau induré qui a le volume d'un œuf. Celui-ci a été isolé de la grande cavité d'une façon complète. Cette masse est relativement mobile sur le plan postérieur de la fosse iliaque droite et ne donne pas l'impression d'un abcès appendiculaire. Nous disséquons les anses. Alors que nous pensons arriver sur la région de l'appendice, nous constatons que la partie indurée isolée par le péritoine est un segment de l'iléon situé à trente centimètres environ de la valvule iléo-cœcale. La lumière de l'intestin paraît obstruée par une masse inflammatoire ou tumorale. C'est évidemment là l'obstacle qui crée les phénomènes d'occlusion observés. Nous décidons une *résection, qui est suivie d'une anastomose termino-terminale*. Toilette péritonéale ; drainage.

L'*examen macroscopique* de la pièce montre que la lésion a les dimensions d'un œuf de pigeon. Sa masse fait partie de la paroi intestinale elle-même et avance vers la lumière grêle, qu'elle tend à obstruer. Sa coupe donne l'aspect d'un abcès à demi ramolli, dont le centre a l'aspect caséeux. Sa coque est formée d'une paroi intestinale infiltrée et à demi dégénérée. Cette paroi étant sur le point de se rompre, on comprend la péritonite plastique environnant la masse.

M. le Docteur Flye Sainte-Marie a fait un *examen histologique* dont voici le compte rendu :

L'examen porte sur deux fragments :

1° Une ulcération de l'iléon ;

2° Un fragment adhérent à l'intestin.

1° L'ulcération intestinale est limitée des deux côtés par une muqueuse très brusquement arrêtée ; mais, au-dessous de la sous-muqueuse, se trouve un véritable abcès pariétal occupant toutes les couches de l'intestin jusqu'à la séreuse qu'il n'intéresse pas cependant. Cet abcès, assez bien limité dans l'ensemble, émet tout de même des prolongements qui s'insinuent entre les tissus avoisinants, formant de petits clapiers secondaires. Cet abcès est formé par une nappe de polynucléaires

altérés, au milieu desquels on note la présence d'un grand nombre d'éosinophiles. Parmi ces éléments assez rares à l'état isolé, nombreux au contraire à l'état de groupes compacts qui forment de véritables plages, on en remarque d'autres volumineux, arrondis, à protoplasma vacuolaire, englobant en macrophagie des hématies, et souvent des leucocytes polynucléaires ; ce sont des amibes avec tous les caractères qui les font reconnaître sur les coupes histologiques.

2° On retrouve les mêmes micro-abcès entourés d'une réaction fibreuse dans le fragment adjacent qui n'est autre que de l'épiploon enflammé dans lequel se continue le processus ; dans ces abcès épiploïques, on note également la présence d'amibes.

Les suites opératoires furent relativement simples ; on nota cependant une suppuration de la paroi qui fut bénigne. Trois semaines après l'opération, le malade reprend progressivement de l'embonpoint et, vers le milieu d'août, il quitte l'hôpital guéri. Cette guérison s'est maintenue depuis, comme nous avons pu le constater à plusieurs reprises.

OBSERVATION II

(Hôpital de Fez. — Service du Docteur GROUZELLE.)

Perforation du sigmoïde par des ulcérations amibiennes.

Le 15 janvier 1931, le malade, qui paraît âgé de 35 ans environ, vient d'entrer à l'hôpital avec le diagnostic de péritonite généralisée d'origine inconnue. Cet homme, de Fez, vomit depuis deux jours. Actuellement, sa température est de 40° ; le pouls bat à 160. L'examen montre un ventre de bois extrêmement douloureux, mais sans météorisme important. L'hésitation n'est pas possible, on décide une interven-

tion immédiate qui est pratiquée avec l'aide de M. O. Vaca-Diez.

Opération. — Anesthésie à l'éther. Une laparotomie médiane para-ombilicale montre la présence de liquide dans l'abdomen. Le péritoine est rouge ; les anses ne sont pas très dilatées. On pratique d'abord la recherche du cœcum, qui se laisse facilement attirer ; l'appendice ne présente rien de particulier. La recherche se continue sur l'iléon ; il n'y a pas de diverticule iléal. La main est alors introduite dans la fosse iliaque gauche. La réaction péritonéale y est plus forte. Le grêle est accolé au sigmoïde. Celui-ci est cartonné et recouvert de fausses membranes. On l'attire sur la ligne médiane pour l'examiner. On note, en quatre points, en voie de perforation, deux petites exulcérations vers le rectum, deux plus importantes vers le côlon descendant. La simple manœuvre exécutée pour attirer le sigmoïde vers la ligne médiane, suffit pour les rompre tout à fait.

Devant cette situation critique, on assure la coprostase, et on couvre les ulcérations sigmoïdiennes avec une compresse, une contre-incision latérale gauche est pratiquée, à travers laquelle est engagé le sigmoïde perforé. Celui-ci est isolé de la cavité abdominale par deux Mickulicz, l'un vers le haut, l'autre vers le bas. Du côté externe pariétal, la protection est assurée par des mèches. L'incision médiane est refermée en un plan au fil d'argent. Dans un dernier temps opératoire, on pratique une coecostomie de décharge. Le malade meurt le lendemain vers midi, soit 24 heures après l'opération.

Devant la mort imminente une biopsie a été faite dans la matinée sur l'anse extériorisée au niveau de l'ulcération la plus haute. Le Docteur Flye Sainte-Marie en a fait un examen histologique dont voici le compte rendu.

Examen histologique. — Les coupes portent sur l'ulcération et ses bords. C'est très brusquement que la transition se fait entre la muqueuse saine et la zone ulcérée ; les glandes sont normales jusqu'au voisinage immédiat de la lésion. Puis le

stroma interglandulaire s'infiltré d'éléments blancs, qui disparaissent pour faire place à un magma fibro-leucocytaire représentant la surface de l'ulcération. Au-dessous de la muqueuse, la muscularis mucosæ est intacte jusqu'à la zone ulcérée.

Le fond de l'ulcération est formé de débris cellulaires et d'éléments infiltrés; cette infiltration forme une nappe au centre, sur les bords, elle s'insinue entre les éléments de la sous-muqueuse et de la musculuse, formant des clapiers; des micro-abcès qui atteignent même en un point la séreuse, formant un véritable *abcès en bouton de chemise*. Ces abcès sont constitués par des leucocytes polynucléaires plus ou moins picnotiques, des hématies; il y a un nombre important d'éléments éosinophiles. Au milieu de ce magma, on remarque la présence d'assez nombreux éléments arrondis, de 40 μ de diamètre environ, à noyau représentant un *kariosome* très net, à protoplasma réticulaire présentant de nombreuses vacuoles où l'on remarque souvent des débris d'hématies, ce sont indiscutablement des *amibes*. On en trouve sur les bords de l'ulcération et à distance d'elle, s'insinuant entre les éléments tissulaires et formant par endroit entre les fibres musculaires de véritables nids amibiens; à noter dans le tissu même, à distance de l'ulcération, une notable infiltration éosinophilique.

En somme il s'agit d'une *sigmoïdite perforante amibienne*.

OBSERVATION III

(Hôpital de Fez. Service de M. GROUZELLE.)

Invagination intestinale chez l'adulte par tumeur amibienne du cæcum.

Le malade, un Berbère, paraît âgé de 40 ans. C'est un sujet résistant qui vient d'être amené le matin pour une violente douleur abdominale dont le début remonterait à la nuit. Ac-

tuellement ce sujet répond mal aux questions. Il se contente de crier et il se roule sur son lit. La palpation, très difficile, met en évidence une contracture qui paraît prédominer à l'étage supérieur de l'abdomen. Mais il est impossible de préciser plus avant ce dont il s'agit. Le pouls encore bien frappé bat à 90. En somme, c'est avec l'indication imprécise de drame abdominal que l'intervention d'urgence est décidée.

Opération. — Le 2 juin 1931, à 10 h. 30, anesthésie rachidienne dorso-lombaire. La tête est légèrement relevée. Incision para-ombilicale médiane. La main va dans la fosse iliaque droite à la recherche du cœcum, mais elle ne le trouve pas. En revanche, il y a dans la zone sus-ombilicale une tumeur mobile du volume de deux gros poings, cylindrique qu'il est facile d'extérioriser. L'inspection montre qu'on est en présence d'un côlon transverse, le grêle fait suite à la tumeur. Il s'agit bien d'une invagination intestinale occupant les deux tiers du transverse. La masse est violette sombre. On tente la désinvagination par pression sur la tête du boudin invaginé. Celui-ci ne se met pas en mouvement, et il est évident qu'on aura beaucoup de peine à obtenir le désenclavement de l'intestin contenu dans la lumière du transverse. Devant l'aspect résistant du malade, son pouls était encore énergique avant l'intervention, je me décide pour une résection en un temps. Comme la masse se trouve assez loin sur le transverse je préfère une *iléosigmoïdostomie qui est faite latéro-latérale après fermeture du bout iléal en cul-de-sac et par le procédé de Knapp*. La résection du côlon droit et des deux tiers du transverse est pratiquée ensuite. Le bout de transverse est attiré dans une boutonnière pratiquée sur le bord du muscle droit du côté gauche. Il est serré sur un tube de Paul. La paroi est refaite aux fils d'argent en un plan. Durée de l'intervention 1 heure 1/4.

Les suites opératoires sont relativement simples.

Examen macroscopique. — Au laboratoire le gros intestin est coupé dans le sens de la longueur, ce qui permet la libé-

ration des divers cylindres ; ascendant, et cœcum, puis intestin grêle. L'examen du cœcum montre la présence d'une tumeur siégeant sur sa face antérieure à la hauteur de la valvule iléo-cœcale, proéminent dans la lumière de l'intestin. Cette tumeur arrondie, sessile peu saillante, se présente sur la muqueuse cœcale comme un verre de montre très bombé que l'on aurait posé sur elle ; elle a environ 4 cm. de diamètre et 1 cm. de hauteur, son aspect est celui d'un bourgeon charnu sphacélique. Il n'y a pas d'autre lésion semblable sur l'iléon, sur le cœcum ou sur l'ascendant.

L'*examen histologique* est pratiqué par M. le Docteur Flye Sainte-Marie, histologiste de la région de Fez, dont les conclusions sont les suivantes :

La tumeur est constituée par du tissu de granulation, tissu inflammatoire qui lui donne l'aspect d'un bourgeon charnu, la surface est recouverte d'une couche de tissu sphacélé, la muqueuse intestinale s'arrête brusquement au voisinage de la tumeur, jusque-là, elle est presque saine avec des glandes normales ; le stroma est seulement légèrement infiltré de quelques éosinophiles, l'ulcération est limitée par du tissu mortifié profondément infiltré de polynucléaires dont beaucoup sont en picnose, elle est très étendue en profondeur, s'insinuant irrégulièrement dans les couches de l'intestin, avec des clapiers. Ces abcès sont formés de débris cellulaires, de polynucléaires, mortifiés, au milieu desquels on voit de *très nombreuses amibes*, elles se présentent comme de grands éléments arrondis, à protoplasma vacuolaire, phagocytant quelquefois des hématies ou des polynucléaires.

On en voit d'autres à la surface de l'ulcération le magma qui la recouvre ; dans les tissus à distance infiltration discrète par des éosinophiles.

Les suites opératoires furent relativement simples. Le malade a une selle par l'anus le matin du 3^e jour. L'anus de décharge fonctionne par le tube qui est enlevé le 4^e jour. Cependant il y a suppuration de la plaie médiane, mais sans incident grave.

Les fils d'argent sont enlevés le 8^e jour. La fermeture de l'anüs de décharge est effectuée le 20^e jour sans incident.

OBSERVATION IV

(Hôpital de Fez. Service de M. GROUZELLE.)

Invagination intestinale, probablement amibienne, chez l'adulte avec tumeur inflammatoire du cæcum.

Il s'agit d'un Filalien, de 35 ans environ, dans les antécédents duquel il n'y a qu'un passé dysentérique banal. À son arrivée dans le service, il déclare souffrir de douleurs abdominales localisées surtout à la région épigastrique. Il y a des vomissements très fréquents survenant quelques heures après les repas. Cependant il n'y a pas de dégoûts électifs, pas d'anorexie ancienne. Le malade est d'une maigreur extrême, le ventre est météorisé. Il y a seulement une selle tous les 3 ou 4 jours, mais il n'y a pas d'arrêt des gaz. A la palpation, on sent malgré le météorisme une tumeur siégeant dans le creux épigastrique, ce qui fait songer à la possibilité d'un cancer de l'estomac intéressant également le côlon transverse. On administre comme traitement provisoire un litre et demi de sérum physiologique par jour. Ceci permet d'attendre le résultat des examens radiologiques qui sont faits par M. le Docteur Mansouri.

Examen radiologique. — L'estomac, une fois rempli par la potion barytée, paraît fortement refoulé de bas en haut par la masse gazeuse considérable renfermée dans l'intestin. La grande courbure est tordue sur l'axe longitudinal cardio-pylorique produisant ainsi ce qui a été décrit sous le nom d'*estomac obcène* de Mathieu.

Cet aspect radiologique nous fait soupçonner une sténose intestinale et c'est pour rechercher celle-ci que l'examen est continué.

Huit heures après l'ingestion de la baryte l'estomac n'est pas encore vidé, les anses grêles sont remplies mais il n'y a pas trace de baryte dans le cœcum, ni dans le côlon.

Après 24 heures, le même aspect persiste.

La grande courbure de l'estomac, ainsi que les anses grêles, sont refoulées en haut et à gauche par une masse qu'on délimite très difficilement à la palpation à cause du ballonnement du ventre. Le duodénum qui n'est plus couvert par l'estomac est visible.

Le baryte stagne toujours au niveau des anses grêles fortement dilatées. La dernière anse est projetée sous le foie à l'emplacement de l'angle colique. On ne voit toujours pas de trace du cœcum ni du côlon.

Quarante-huit heures après, tout le baryte est renfermé dans la dernière anse grêle fortement dilatée et projetée en haut et à droite. Ni le cœcum ni le côlon ne sont visibles. On devine le trajet colique grâce aux traînées gazeuses apparentes sous l'anse grêle.

Nous sommes évidemment en présence d'une sténose iléale très bas placée probablement au niveau de la valvule de Bauhin.

Pour étudier le côlon qu'il a été impossible d'examiner par la voie haute, nous avons recours au lavement. Nous donnons un lavement de 1.500 grammes sous faible pression et nous en contrôlerons la progression à l'écran. Nous sommes surpris de voir que la tête de la colonne opaque s'arrête au niveau du côlon descendant. L'augmentation de la pression et la palpation ne font pas faire le moindre progrès au lavement. Nous prenons alors un cliché qui fixe cet aspect.

L'ingestion nous a permis de constater une sténose sur la terminaison du grêle. D'autre part, le lavement en révélant un autre obstacle au niveau du côlon descendant nous fait immédiatement penser à l'invagination.

Ce cliché totalise en effet les signes radiologiques de cette invagination.

C'est après ingestion :

1° La sténose à l'entrée de l'invagination avec dilatation de la dernière anse iléale qui est projetée en haut et à droite.

2° L'absence du cœcum et du côlon.

3° L'arrêt de la colonne opaque suivant une ligne concave après lavement.

Opération. — Le 21 avril, l'intervention pratiquée sous anesthésie générale à l'éther, confirme le diagnostic.

L'incision médiane sus-ombilicale nous met immédiatement en présence d'une tumeur occupant le transverse, elle a le volume de deux gros poings juxtaposés, la couleur en est lie de vin foncé ; le grêle se perd dans la partie droite de la tumeur. Il s'agit là évidemment d'une invagination chez l'adulte. Par pression continue sur la tête de cette invagination, on arrive à pratiquer sa réduction. Le grêle sort progressivement du boudin invaginé, puis l'appendice turgescent, le cœcum, puis l'ascendant.

A l'examen du cœcum une particularité frappe immédiatement sur sa paroi antéro-externe est une zone cartonnée d'aspect infiltré. Cette partie saisie entre les doigts montre un épaissement très marqué qui donne la sensation d'une tumeur occupant en partie la lumière du cœcum. Cette tumeur paraît avoir le volume d'une grosse noix.

Devant l'état précaire du sujet nous pensons qu'une résection iléo-cœcale serait un gros traumatisme. Nous nous décidons pour une extériorisation avec dérivation interne, en l'espèce une *iléo-sigmoidostomie par anastomose latéro-latérale*. L'extériorisation est réalisée par une brèche latérale droite. On fixe le cœcum et on ferme la laparotomie médiane au double crin en 8.

Les *suites opératoires* sont bonnes, le malade fait des gaz le troisième jour, l'évolution des plaies est normale ; le cœcum est protégé par un pansement à la vaseline stérile, il montre toujours la zone indurée qui a été remarquée pendant l'opération. Vers le 15^e jour après l'opération, le malade apprend

qu'on se propose de réséquer le cœcum extériorisé, il se refuse à une deuxième intervention. Il s'ensuit donc une période d'attermoiements pendant laquelle petit à petit le cœcum réintègre la cavité abdominale. Un mois après le malade réclame son exeat et revient simplement aux pansements externes.

Cependant, il finit par se décider et revient de nouveau pour se prêter cette fois à une colectomie qui est faite très facilement le 1^{er} juillet, soit 70 jours après la première intervention. Nous avons alors la surprise de constater la disparition complète de la tumeur précédemment constatée. Il faut ouvrir le cœcum, trouver du côté muqueux à l'endroit où avait été perçue la tumeur une simple cicatrice, blanchâtre, de dimensions d'une pièce de deux francs actuelle.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Cette zone examinée par M. le Docteur Flye Saint-Marie, histologiste de l'hôpital, ne montre rien de particulier ; il s'agit seulement de tissu cicatriciel qui occupe la muqueuse et la musculuse, il respecte la séreuse.

Suites opératoires. — Les suites de cette dernière opération furent simples, cependant le malade s'est présenté à nous tout dernièrement porteur d'une éventration, mais sans aucun trouble du fonctionnement intestinal.

Il s'agissait donc d'une invagination chez l'adulte provoquée par une tumeur inflammatoire du cœcum. Il est possible que cette tumeur inflammatoire ait été d'origine amibienne ; trois observations que nous venons de présenter montrent que ces tumeurs existent. Mais comme l'examen n'a pas montré d'amibes au niveau de la lésion, cette preuve est impossible à faire. D'autre part, l'amibiase est tellement fréquente au Maroc que presque tous les sujets en sont atteints, nous ne pouvons donc avoir qu'une présomption. Cette observation montre seulement que la dérivation suffit à guérir les affections inflammatoires de l'intestin, c'est là un fait banal sur lequel il est inutile d'insister et la dérivation serait la thérapeutique logique si on pouvait jamais faire la preuve de la nature amibienne de l'intestin.

Critique de nos observations

Dans notre observation n° 1, malgré un traitement diatétiq ue fait par le médecin-chef de l'hôpital, l'amélioration ne survint pas ; la masse tumorale siégeant dans la fausse iliaque droite ne diminua pas, la cachexie continuait à ravager l'organisme déjà affaibli du malade. L'occlusion menaçait de plus en plus. L'intervention fut décidée. Nous avons eu l'occasion de voir ce malade deux ans et demi après l'intervention, les résultats sont excellents puisque ce chef indigène qui est obligé de mener une vie très active à la campagne, très souvent dans les intempéries s'imprégnant continuellement de nouveaux kystes amibiens, n'a jamais présenté de récidi ve, et ne fait qu'une selle journalière.

Dans notre observation N° II ainsi que dans l'observation N° III, ce furent surtout des événements d'extrême gravité qui commandèrent l'intervention d'urgence. Quels furent les antécédents de ces sujets ? Leur manifestation pathologique immédiate avant leur état actuel nous le sûmes jamais pour l'un, mais l'autre malade nous confia, après son intervention, avoir été atteint de dysenterie pendant de longs mois, avoir été traité par des piqûres d'émétine et par vraisemblablement des comprimés de stovarsol sans doute puisque

ce sont les médicaments habituels de l'Assistance Publique Marocaine. La biopsie, seule, nous renseigna sur l'existence d'amibes dans l'ulcération et dans la tumeur. Nous voyons dans l'observation les caractères de cette ulcération et les accidents que son état avancé de nécrose provoquèrent chez ce sujet.

Dans l'observation N°IV, le diagnostic de tumeur amibienne ne fut posé ni par nous ni par le Laboratoire cette fois-ci, car il est possible que le traitement employé empêcha de trouver les amibes par la suite. Notre malade était déjà très intéressant du fait que le diagnostic d'invagination intestinale chez l'adulte venait d'être posé par la radiologie et l'intervention fut faite avec la suspiscion d'une origine probable amibienne car, nous avions présent à la mémoire le cas analogue de notre observation III. L'aspect macroscopique rappelait étrangement le passé amibien du sujet, l'absence de syphilis et l'amélioration surprenante que la simple dérivation nous donna dans les quelques jours suivants, plaident en faveur d'une étiologie amibienne de cette tumeur. Malheureusement l'état par trop cachectique de notre malade, décida le chirurgien, M. GROUZELLE, à épargner au malade un choc beaucoup trop grave que le deuxième temps immédiat de l'intervention lui aurait causé. La résection fut donc reportée à plus tard. En attendant, on pratiqua l'extériorisation de la tumeur. Cette anse, rentra un jour toute seule dans la cavité péritonéale ; la cicatrice se ferma complètement et le malade partit, trop content de pouvoir le faire.

Plus tard, il revint pour se faire pratiquer la résec-

tion. L'anse ne présentait aucun phénomène d'inflammation et la recherche d'amibes sur cette anse ne donna aucun résultat. Cependant il est intéressant de voir que des amas de tissus cicatriciels ont été constatés au microscope, ces anciennes ulcérations ne pouvant être dans la circonstance, à notre avis, que des séquelles amibiennes.

DIAGNOSTIC

Il est à la vérité, très difficile de le poser avec certitude, malgré ce que disent les classiques, la recherche d'amibes ou de kystes amibiens dans les selles fraîchement recueillies du sujet atteint d'amibiase est aléatoire. Il faut faire, non pas un, ni deux examens de selles, mais une dizaine d'examens, ce qui n'est pas pratique pour le médecin, car le malade perdrait patience.

Il est aussi plus difficile qu'on ne le pense, aux Colonies, de faire rappeler à un malade qu'il a eu des crises dysentériques. Dans ces pays où les sujets sont presque nécessairement obligés d'être porteurs de germes, la selle molle, abondante, est habituelle ; les gens ne savent pas, ou ils ont oublié, la selle moulée normale.

SPEDER préconise l'examen radiologique systématique des cas suspects d'amibiase ; il prétend que des lésions de colites amibiennes seraient visibles à l'examen radioscopique ; il donne sa méthode dans l'article que nous avons signalé et elle nous paraît très intéressante de par son utilité et par les résultats qu'il dit obtenir.

Cependant, nous ne croyons pas que cette méthode

soit à la portée de tous les radiologistes car malheureusement, une habitude de ces lésions comme celle de Speder ne peut s'acquérir qu'en regardant comme il le fait, des centaines de tubes digestifs atteints d'amibiase.

PRONOSTIC.

Malgré toutes les méthodes de diagnostic, les unes déficientes, les autres peu connues, la découverte d'une lésion amibienne avant une intervention chirurgicale doit être d'un heureux présage si les lésions ne sont pas avancées, si on n'a pas encore affaire à une péritonite par perforation avec cachexie externe du sujet, si le cœur a l'air de bien devoir supporter l'intervention. Cet ensemble ne peut être que d'un heureux aloi, ces lésions amibiennes guérissant en général avec des résultats durables et encourageants. Le tout est de faire l'intervention dans le plus bref délai, la lésion d'occlusion ou de perforation amibienne étant diagnostiquée.

LES TRAITEMENTS CHIRURGICAUX.

Nous répétons que nous ne voulons pas parler du traitement de l'amibiase chronique mais du traitement des complications chirurgicales graves de l'amibiase, occlusion par tumeur amibienne ou péritonite par perforation de même origine.

1) *Cœcostomie droite*. — MURRAY a pratiqué une fois cette intervention dans le but d'obtenir un repos

et la désinfection du colon ; les lavages de nitrate d'argent 1/5.000^e furent faits. Au bout de 4 mois le malade quittait l'hôpital, il pouvait travailler et n'avait que 2 ou 3 selles par jour.

Boas aurait cité deux observations. Dans la première, il s'agissait d'une jeune fille de 28 ans atteinte de colite ulcéreuse depuis cinq ans. Le traitement diatétiq.ue et médicamenteux étant resté sans résultat, Boas fit pratiquer par STEINER une colostomie avec anus cœcal, ce qui permit de faire de grands lavages du colon, mais l'anus artificiel ne put être fermé qu'au bout d'une année de traitement.

Dans la deuxième observation, il s'agissait d'un cas à peu près analogue qui fut opéré de la même façon par Kort, le malade retira un certain bénéfice de l'intervention chirurgicale, mais la guérison complète ne fut pas obtenue.

2) *Appendicostomie*. — En Amérique, on a eu recours surtout à l'appendicostomie pour ouvrir une voie au lavage du gros intestin, mais on est obligé de laisser une sonde à demeure pour éviter l'obturation de l'orifice appendiculaire. Sur les 6 opérations actuellement publiées on compte 1 insuccès complet et 5 améliorations ou guérisons.

CURL, qui a eu l'occasion d'essayer les deux traitements chirurgicaux, donne la préférence à la cœcostomie qui permet des lavages plus complets du gros intestin. L'appendicostomie n'assure pas suffisamment l'évacuation stercorale et les lavages irritent l'appendice au point que celui-ci est menacé de sphacèle. Sur les onze dysentériques de toutes catégories traités chi-

rurgicalement, CURL en a perdu 3. Il conseille de pratiquer la cœcostomie en deux temps, à deux jours d'intervalle (fixation du cœcum, incision de l'intestin).

3) *Exclusion et résection du gros intestin.* — On a tenté aussi des exclusions partielles du colon, mais ces opérations ont toutes échouées, car les ulcérations s'étendent sur toute la surface du gros intestin.

Devant cette généralisation des lésions, MOSCOWICZ a proposé la résection totale du gros intestin et l'implantation directe de l'iléon sur le plancher périnéal immédiatement au-devant de l'anus. Cette intervention a été exécutée une fois sur l'homme par BARLING, mais dans ce cas il existait en même temps un rétrécissement intestinal très net, qui légitimait un acte opératoire aussi grave. LE DANTEC conclut :

En résumé, dans un cas de dysenterie chronique grave, si on veut recourir au traitement chirurgical, il faut donner la préférence à la cœcostomie. Ce n'est que dans les cas très exceptionnels qu'on aura recours à l'exclusion ou à la résection du gros intestin.

Commentaires généraux

Comme l'on verra par les observations que nous avons l'honneur de présenter, il existe donc des *tumeurs* inflammatoires d'origine amibienne qui viendraient compléter le cadre des complications chirurgicales de l'amibiase dans l'intestin, tumeurs qui, après avoir donné des symptômes d'occlusion intestinale aboutiraient :

- a) vers la perforation suivie de péritonite ;
- b) vers l'invagination intestinale qui provoquera l'occlusion.

Les nécessités du service indigène où ces malades furent hospitalisés auraient rendu impossible une coecostomie en deux temps, suivie après d'innombrables *lavages argentiques*, traitement qui, comme nous venons de le voir, dure ou risque de durer très longtemps, n'étant possible en somme que dans les services très bien outillés et à personnel très nombreux ; donc, traitement pas pratique et dangereux. Les résultats d'autre part ne compensent qu'en partie tant d'efforts tant de la part des chirurgiens que de celle du malade. Aussi, les observations que nous publions ne révèlent pas ces multiples ulcérations le long de la totalité du colon ce qui, évidemment, aggrave singulièrement le pronostic de l'intervention chez les individus cachec-

tiques comme le sont les amibiens à cette période. Nous insistons aussi sur le siège de la tumeur : dans le cas de notre observation N° 1, elle se trouvait dans le grêle, localisation que tous les auteurs s'accordaient à écarter, car personne ne l'avait observée. Finalement, nous voulons attirer l'attention des chirurgiens sur la septicitée du pus amibien dans l'intestin, à l'inverse du pus hépatique rougeâtre, aseptique, des abcès du foie. Notre malade de l'observation N° 2 succomba par suite de l'ouverture de la collection dans la cavité péritonéale.

Fréquence des lésions amibiennes graves dans l'intestin

WOLEY et MUSGRAVE, d'après leurs autopsies effectuées, ont trouvé 20 cas d'appendicites amibiennes réparties ainsi :

14 fois l'appendice était ulcéré,
6 fois il contenait des amibes.

JULLIEN, 12 cas de perforations intestinales, réparties ainsi :

6 fois la perforation siégeait à l'S iliaque,
4 fois dans le cœcum,
2 fois au côlon.

GILBERT (Thèse, Paris, 1887), 1 cas de fistule gastro-colique transverse.

AUBERT Ed., 1 cas d'appendicite perforante.

GROUZELLE, 1 cas de sigmoïdite perforante ; 1 cas d'occlusion intestinale par tumeur amibienne siégeant sur le cœcum et l'iléon ; 2 cas d'invagination intestinale par tumeurs siégeant, l'une au cœcum, l'autre dans le côlon transverse.

Charles C. LUND et Thomas R. INGHAM, 5 cas mortels de colite ulcéreux d'origine amibienne.

Conclusions

D'après les cas que nous venons de présenter, nous devons conclure :

I. — A l'existence de tumeurs inflammatoires intra-intestinales d'origine amibienne que la plupart des fois la biopsie opératoire seule serait capable de diagnostiquer, tumeurs qui peuvent siéger indistinctement dans le cœcum, empiétant sur le grêle, soit dans le côlon, dans n'importe laquelle de ses trois portions.

II. — Ces tumeurs peuvent aboutir :

- a) vers la perforation donnant des péritonites graves.
- b) vers l'invagination, par conséquent l'occlusion intestinale.

III. — Dans les cas où la médication émétino-arsenicale n'a rien fait, ou dans les cas de péritonites graves déclarées, l'intervention chirurgicale consistant en une dérivation du cours des matières suivie soit immédiatement, soit dans un deuxième temps d'exérèse de la tumeur ainsi que du segment de l'anse atteinte, doit être conseillée.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT,
MAUCLAIRE.

Vu et permis d'imprimer
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
S. CHARLETY.

Bibliographie

OUVRAGES CONSULTÉS

- AUBERT (Edmond). — In *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, n° 7, juillet 1929.
- ARMAND (Rabat). — L'amibiase chronique. *Maroc Médical*, 1931.
- BONNET et MICHON. — Syndrome pseudo-appendiculaire par parforation gangréneuse du cœcum au cours de la dysenterie amibienne. *Lyon Chir.*, 1921, XVIII ; p. 14.
- BRUMPT (E.). — *Prec. Parasitologie*, page 117.
- CASTIGLIOLA (O.). — Appendicites amibiennes. *Marseille Méd.*, n° 31, 5 nov. 1932, 1^{er} Congrès int. d'hygiène Médit. Marseille, 20-25 sept. 1932.
- DOPTER. — *Etude bact. Encycl. Scient. Toulouse*, Paris, Dion, 1909.
- HAIDOUDOFF (L.). — Contribution à l'étude du syndrome appendiculaire dans l'amibiase chronique latente. *Thèse*, Paris, 1930.
- HARRISON (V.-F.). — Histopathology of appendiceal viht case report. *Ann. Int. Med. Michigan*, Arbor II, p. 1081, avril 1929.
- JOYEUX. — *Traité de Médecine coloniale*.
- XARTULÈS. — Lésions de l'appendice dans l'amibiase. *Zeitschr. f. hyg. und Infect*, 1904, bd 48.
- LE DANTEC. — *Traité de pathologie exotique*.
- MATHIS. — In Le cycle évolutif de l'entamoeba dysenteriae. *Algérie Médicale*, mai 1931.

MAUCLAIRE. — Leçons inédites de chirurgie coloniale à l'Institut Colonial de Paris. *Rev. d e Médecine Coloniale Parisienne*, 1929.

MICHEL. — De la typhlite amibienne aiguë. *Rev. prat. des mal. des pays chauds*. Paris VIII, p. 343, juillet 1928.

SPÉDER (E.). — Ref. d'un radio marocain sur l'amibiase chronique. *Maroc Médical*, août 1931.

Charles C. LUND et Thomas R. INGHAM. — *Journal ann. american médical ass.* 25 nov. 1933.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
Plan de cette thèse	12
Avant-propos	13
Généralités sur l'amibiase.....	15
Observations personnelles	31
Critique de nos observations	43
Commentaires généraux	49
Fréquence des lésions amibiennes graves dans l'intestin	51
Bibliographie	54

